Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 sierpnia 1880. **№ 33.** Rok XIX.

I. Z pracowni prof. Dra Browicza w Krakowie.

O przechodzeniu istót upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu.

Podał Dr. A. Mars,
Asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj Uniw. Jag.

Przechodzenie istót molekularnych przez ściany naczyń prawidłowych jest faktem dostatecznie znanym. Wstrzykując barwiki w naczynia znajdujemy je po krótszym albo dłuższym czasie po za obrębem naczyń w tkance okolicznéj, a mianowicie tych narządów, które obfitują w naczynia, i w których krążenie już fizyjologicznie jest nader wolne, jak: śledziona, wątroba, szpik kostny. (Cohnheim. Virchowa Archiw 40, 1867. Ponfick, Virchowa Archiw 48. 1869. Hoffmann i Langerhaus, Virchow Archiw. 48, 1869. Arnold i Thoma. Virchowa Archiw, 62, 1874 i 64 1875).

W przypadkach, gdzie znaczna ilość tłuszczu dostaje się w krążenie, spotykamy się z tłuszczem w odstępach peryjodycznych w moczu, dokąd tenże przez ściany naczyń kłębki Malpighiego tworzących przechodzi (Scriba: *Untersuchungen über die Fettembolie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XII.* S. 117 1879).

W przebiegu chorób infekcyjnych, w których twory pasorzytnicze w skład wytworów zapalnych wchodzą, spotykamy się w nerkach a mianowicie w cewkach moczowych z tymiż tworami będącymi punktem środkowym ognisk zapalnych. Twory te dwojaką jak wiadomo drogą dostawać się mogą do cewek moczowych, a mianowicie: albo za pomocą dróg moczowych obwodowych w przypadkach zapaleń pęcherza moczowego, moczowodów lub miedniczek nerkowych, lub też w braku tychże zmian zapalnych musimy je uważać jako wydzielone przez ściany naczyń kłębków Malpighiego. Ze złogami takimi spotykamy się w tak zwanéj *nephritis bacterica* pojawiającéj się np. w przebiegu dyfteryi (Cohnheim. *Allgemeine Pathologie* S. 399).

Istoty molekularne rozmaitéj jakości przechodzą więc przez ściany naczyń włosowatych krwionośnych.

Odmienne atoli aniżeli gdzieindziéj spotykamy stósunki anatomiczne w łożysku pośredniczącém w wymianie istót między matką a płodem. Zdania autorów w téj mierze nie są jeszcze zupełnie zgodne i tak: Winkler a z nim wielu autorów twierdzą, że krew płodu w łożyskowém krążeniu jest oddzieloną od matczynéj najpierw przez ścianę naczynia płodowego, istotę trzęską galaretowatą międzynaczyniową, pokład nabłonkowy, daléj błonę bezpostaciową należącą do łożyska matczynego, a po za tą ostatnią znachodzi się krew matczyna jużto w naczyniach, już też wolno między zraziki łożyskowe się wylewająca. Kölliker zaś w dziele swojém: *Entwicklungs geschichte des Menschen* 1879, str. 331 — 342 inaczéj te stósunki przedstawia, a mianowicie mówi, że naczynia końcowe płodowe w zrazikach łożyskowych dochodzą bezpośrednio do warstwy nabłonkowéj, po za którą według niego nie istnieje wcale żadna błona bezpostaciowa, a ci, którzy ją widzieli, ulegali złudzeniu, albowiem na preparatach spirytusowych starych albo po użyciu kwasu octowego warstwa powierzchowna nabłonka łatwo w płatach oddzielić się daje (334), na któréj to sztucznie utworzonéj błonie punkciki a nie prążki są czasami widoczne. Ponieważ zaś, jak daléj mówi (341), naczynia matczyne wylewają się w przestwory międzyzrazikowe, zatém pęczki kosmków kosmówki wolno sterczą do przestworów, w których krew matczyna krąży. To też na str. 335 mówiąc o naczyniach płodowych w łożysku podnosi okoliczność, że ściany tychże same przez się nader są cienkie, albowiem posiadają tylko typową warstwę komórkową i ztąd, uwzględniając przez siebie podane stosunki anatomiczne wyprowadza wniosek: „że skoro kosmki, cieczą macierzyńską bezpośrednio są oblane, przechodzenie różnych istót do naczyń włosowatych płodowych bez trudności odbywać się musi“.

W myśl prawdopodobnie mniemania Winklera i innych wyrobiło się mniemanie u autorów, że łożysko stanowi dokładną przegrodę pomiędzy krążeniem płodu a krążeniem

matki uważając utkanie międzynaczyniowe jako pewny aparat sączkowy, przez który przechodzą istoty niezbędne do odżywiania płodu drogą dyfuzyi, inne zaś powstrzymane bywają.

Jak to poniżéj wykazać będziemy się starali, znane są jednakowoż liczne fakta, które dowodzą, że pewne sprawy chorobowe, a w szczególności choroby infekcyjne, mogą się udzielać płodowi podczas ciąży i to tak, że płód przebywa równocześnie z matką sprawę chorobową, przyczém pojedyncze okresy chorobowe tak u matki jak i u płodu albo się nawzajem schodzą albo też przedstawiają różnicę okresową, albo co więcéj, że płód ulega zakażeniu mimo braku objawów ze strony matki, lub że odwrotnie, jak niektórzy np. Zeissl podają, sprawa chorobowa z płodu na matkę przenosić by się mogła.

Na występowanie spraw zapalnych u płodu zwrócił pierwszy uwagę Fernelius (1497 — 1558), jak to podaje Perls w swojém dziele: *Lehrbuch d. allgm. Pathologie* II B. S. 264. Później porobiono co do pewnych chorób następujące mniéj więcej pewne spostrzeżenia i tak: znane są nader liczne przypadki, w których płody urodzone z matek, które przebyły ospę w czasie ciąży, okazywały ślady przebycia téj choroby albo rodziły się z jéj objawami. Curschman (*Variola Ziemssens. Handb.* II 2, p. 305), opisuje przypadek, w którym płód urodził się ze zmianami ospy mimo, że matka téj choroby w ciąży nie przebyła.

Thomas (*Morbilli. Ziemssens Hndb.* II 2. H. p. 46), podaje wzmiankę z literatury o niewątpliwych 6 przypadkach, w których według opisu rodziły się płody z objawami cechującemi odrę, z matek; które w czasie ciąży uległy téj chorobie i cytuje autorów, którzy podobne przypadki widzieli a mianowicie z dawniejszych: Hildanus, Ledelius z nowszych: S. G. Vogel, Guersent, Clarus, Michaelsen, Seidl, Hedrich, Frank i Girtanner.

Nader wątpliwe są fakta co do płonicy i tak Thomas (l. c. na str. 167) twierdząc, że co do téj choroby udowodnienie, że zmiany u noworodka znaleziono pochodzą od płonicy, jest nader trudném, cytuje jako takich, którzy widzieli: Baillou z dzieła Noirota, daléj Ferrario, Tourtual, Gregory a wreszcie Stiebel i Hüter.

Bohn, (Gerhardts, *Hndb. d. Kinderkrankheiten* II 450) cytuje przypadki, w których dzieci nowonarodzone z matek zakażonych malaryją, rodziły się z wyraźnemi objawami zakażenia malarycznego, a mianowicie jużto okazując znaczne obrzęki śledziony, wysięki surowicze i cechujące napady. Podaje nadto autorów którzy podobne przypadki widzieli: Aubinais (*Union med.* 1851). Playfair (*Edimb. med. journ.* 1853). Duchek (*Prag Vierteljahr* 1858 Bd. IV. 95). Steiner (*Compendium der Kinderkrankheiten* 1872). Bazin (*Gaz. de hôp.* 1871, Nr. 72).

Perls (l. c. strona 265) podaje autorów: Chaussier (Lobstein *Lehrb. der pathol. Anatomie uebers.* I, p. 3), który widział u noworodka zmarłego podczas porodu całe płuca zasiane licznemi gruzełkami; Hussona, który widział takowe w wątrobie ośmiodniowego dziecka; Billarda, który spostrzegał zmiany gruźlicze w płucach i wątrobie dwóch noworodków.

Charrin (Virchow-Hirsch *Jahresb. f.* 1873 I p. 247), przytacza przypadek pod tytułem: *tuberculose généralisée chez un foetus de sept mois et demi. Lyon med.* Nr. 14. Matka tego dziecka licząca lat 29 przebyła w 4 miesiącu ciąży zap. opłucnéj, poczem wystąpiła *pneumonia caseosa*; w 30 tygodni urodziła słabe dziecko, które w 3 dni umarło. U tego dziecka znaleziono gruźlicę organów brzusznych. Matka zmarła w połogu a sekcyja wykazała gruźlicę płuc.

Co do zakażenia kiłowego zdania autorów są tak jak i w innych kwestyjach podzielone i tak: zdanie wypowiedziane w dziele Jörga (*Hndb. der Kinderkrankheiten* 1826, p. 300), że zakażenie kiłowe w czasie życia śródmacicznego płodu nieprzechodzi z matki na płód, zostało ponownie przez Kassowitza (*Vererbung der Syphilis sep. Abdr: aus d. med. Jahrbüchern* 1876) podniesione, znachodząc w nim silnego nader obrońcę. Tenże autor na str. 67 powiada: dziecko rodziców zdrowych nie będzie okazywało zakażenia kiłowego, jeżeli matka została zakażona kiłą w czasie ciąży, może ona wprawdzie przerwać ciążę, ale niemoże przenieść się na płód. Daléj powiada: Przyrzut kiłowy nie przekracza układu naczyniowego łożyskowego w żadnym kierunku; na stronie zaś 70 powiada, że zakażenie płodu kiłą przychodzi do skutku jedynie tylko przez akt płodzenia, czyli, że albo podczas spółkowania płodnego nasienie ojca było kiłowém albo jajko matki kiłowéj było kiłowém.

Do przeciwników tych zapatrywań należą, Vajda i z ostatnich czasów Caspary (*Genese der hereditären Syphilis Viertjsch. f Dermat. u. Syphilis* p. 481), który sprzeciwiając się zdaniu Kassowitza, uważa przechodzenie zakażenia kiłowego w czasie ciąży z matki na płód za możebne, a na str. 493, kończąc swą pracę wypowiada zdanie, że kwestyję tę co najmniéj za nierozstrzygniętą uważać należy. Możebność przeniesienia kiły ciężarnéj matki na płód dotąd zdrowy potwierdzają Zeissl, Guibout, Després, Basserraux, itd. Zeissl (*Wien. med. Woch.* 1880, str. 45), nadto przytacza przypadki, w których matki wśród ciąży nabywały kiły od płodu kiłą dotkniętego. W przypadkach tych atoli trudno jak dotąd rozstrzygnąć, czy przeniesienie kiły nastąpiło drogą krążenia łożyskowego czyli też przez nasienie mężczyzny.

Müller. (Gerhardts *Hndb: der Kinderkrankh.* II od 161 do 167), twierdzi, że płód ulega zakażeniu w przebiegu gorączki połogowéj, jeżeli matka temu zakażeniu ulegnie podczas ciąży. Twierdzenie to popiera spostrzeżeniami Hugenberga (*Das Puerperalfieber* 16), czynionemi podczas epidemii gorączki połogowéj w zakładzie petersburskim, okazało się bowiem, że wiele płodów rodziło się nieżywych z matek, które podczas ciąży uległy zakażeniu. Co do téj kwestyi uwzględnić jednak należy możebność zakażenia takiego także inną drogą, a mianowicie za pośrednictwem rany pępkowéj lub też za pomocą skaleczeń po założeniu kleszczy na główce powstałych.

Na poparcie możebności zakażenia śródmacicznego płodu gorączką połogową przez matkę przytaczam Hemmera (*Experimentelle Studien ueber die Wirkung faulender Stoffe auf den thierischen Organismus* 1866). Schöllera (*Experimentelle Beiträge zum Studium der septischen Infection* 1875); Hausmanna *Ueber die Entstehung uebertragbarer Krankheiten des Wochenbetts* S. 50 et 60), którzy zauważyli że po wstrzykiwaniach zwierzętom ciężarnym podskórnych cieczy gnilnych. zwierzęta zawsze roniły [1]).

---

[1]) Fakt ten potwierdził nam się w jednêm doświadczeniu, w którém po wstrzyknięciu cieczy gnilnéj do krążenia królicy brzemiennéj, takowa w kilka godzin, nim sama zdechła, kilka płodów zrzuciła. W przypadku tym zauważono nader szybkie gnicie płodów, które tylko działaniu cieczy gnilnéj jeszcze za życia przypisać można.

Heller (*Invasionskrankheiten Ziemssens Hndb.* III. 2. *Auflg.* 329) przytacza nie bardzo pewny przypadek przejścia wieńcogłówki z matki na płód. Przypadek ten opisał: Cruvellhier (*Traité de anat. pathol.* XXXVII, p. 4. Text p. 6 Heller (l. c. p. 399) twierdzi, że we włosienicy powstaje prawie zawsze poronienie, nie znaleziono jednak dotąd nigdy tych pasożytów u płodu, który jak powiada, może być donoszony.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

V.

16. Lubo kiła mózgu, jak to wypada z anatomii patologicznéj a stwierdza doświadczenie, może rozpoczynać się każdém zboczeniem czynnościowém, to jednakowoż przekonać się można, iż w znacznéj przynajmniéj liczbie przypadków ukazują się jedne objawy wcześniéj, inne późniéj, że pierwsze zazwyczaj są lżejsze, gdy drugie cięźéj zagrażają przyszłości. Z powodów przeto czysto praktycznych przystąpimy naprzód do opisania przypadów początkowych.

17. Jednym z nich jest ból głowy.

Ból ten, który pojawia się na pozór bez żadnéj widocznéj przyczyny, dodajmy do tego, po największéj części u ludzi również na pozór zupełnie zdrowych, co do miejsca zajmować może najrozmaitsze okolice. Prawie zawsze odnoszą go chorzy do wnętrza czaszki a nie, jak Heubner podaje, do powierzchni zewnętrznéj tj. skóry i części miękkich pod nią położonych.

Co do rodzaju, jest zazwyczaj połączony z uczuciem, albo ciężaru albo ucisku albo bicia młotem na czaszkę. Rozległość jego jest rozmaitą: bywa albo ograniczony albo rozlany. Innemi jego cechami są silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie.

Co do mocy, nie ma bez wątpienia bólu tak mocnego, tak gwałtownego, jak ból, o którym mowa. Doprowadza on chorych do prawdziwéj nieraz rozpaczy, nierzadko łączą się z nim pewne zboczenia psychiczne jak nadzwyczajna drażliwość i idąca za nią gwałtowność w postępowaniu, niechęć do pracy, posmutnienie, nakoniec jakoby pewne zamglenie psychiczne. Niemcy opisują to jako *Wüstsein im Kopfe*, nasi pacyjenci podają jako pewien rodzaj otumanienia, który pozwala na wszelkie czynności psychiczne, ale przecież je utrudnia i wymaga do pokonania znacznego wysilenia. Porównałbym to najlepiéj z lekkim bardzo stopniem upojenia się, w którym można wszystko robić, jak się należy a przecież ma się poczucie jakiéjś nieprawidłowéj, że tak powiem, aury w głowie. Nierzadko przychodzi do cięższych zboczeń psychicznych, w których chorzy za lada podrażnieniem wpadają w gwałtowny gniew i dopuszczają się czynów nie licujących ani z ich charakterem ani wykształceniem ani stanowiskiem.

Najczęściéj wzmaga się ból w nocy; bywa atoli i przeciwnie. Zazwyczaj chorzy przez dzień doznają albo bólu tylko nieznacznego albo owego pewnego zamglenia psychicznego a dopiero w nocy doświadczają największych dolegliwości, które im odbierają sen i w szkodliwy sposób wpływają na cały układ nerwowy.

Nakoniec wspomnieliśmy, że przerzeczony ból głowy trwa długo, utrzymując się tygodniami i miesiącami w jednéj wysokości, nierzadko bez żadnéj widocznéj przyczyny znikając i znów występując.

Te trzy znaki: jak silne natężenie, pogarszanie się w nocy i długie trwanie w tym stopniu w innych prócz kiły prawie nigdy nie trafiają się chorobach. U każdego przeto chorego, który je okazuje, należy dokładnie zbadać cały ustrój, wywiedzieć się o całą jego przeszłość, bo za zasadę można przyjąć, iż ból głowy z wspomnionemi przypadami polega na kile. Jeżeli znajdą się inne objawy kiły, mamy *mandat impératif* do energicznego leczenia przeciwkiłowego; jeżeli nie znajdą, można i należy przedsięwziąć lekkie leczenie właściwe a skuteczność jego oświeci nas prawie na pewne o znaczeniu owego bólu głowy i wskaże nam dalszą drogę do rokowania i leczenia.

Pod względem przebiegu zasługuje na uwagę, że ból głowy może chwilowo, nieraz nawet na czas dłuższy znikać, czego przyczyny dotychczas nie znamy. Nierzadko ból głowy jest zwiastunem cięższych i nieraz nieuleczonych zboczeń czynnościowych ze strony mózgu jak chorób umysłowych i porażeń połowiczych.

18. W wielu razach, lubo nie zawsze, występuje obok bólu głowy bezsenność nader uporczywa. Bezsenność ta jest albo następstwem bólu głowy, zwłaszcza, jeżeli ten, jakeśmy już powiedzieli, wzmaga się w nocy, albo występuje samodzielnie bez żadnéj widocznéj na pozór przyczyny i jest nawet bardzo upoczywą, co samo przez się, zważając na wiek, w którym najczęściéj pojawia się kiła układu nerwowego, powinno skłaniać do dokładnego zbadania całego ustroju chorego.

19. Po dłuższém lub krótszém trwaniu tych przypadów ukazują się zboczenia czynnościowe, które, ponieważ pojawiają się bądź razem, bądź w krótkich odstępach czasu, możemy tu razem omówić. Całemu temu szeregowi zboczeń nadaje Fournier miano kiły nawałowéj (*forme congestive*) raz dla tego, by zaznaczyć, iż te zboczenia ze stanowiska klinicznego stanowią pewną całość, powtóre, by wyrazem tym określić podobieństwo do podobnych zboczeń czynnościowych ze zupełnie innéj przyczyny, które słusznie czy niesłusznie odnosimy do nawału krwi do mózgu. Że ten wyraz przez Fourniera użyty pod względem anatomicznym i patofizyjologicznym niczego nie przesądza, łatwo pojmie każdy, kto zastanowi się nad anatomiją patologiczną kiły układu nerwowego; owszém nawet z wielkiém podobieństwem do prawdy można powiedzieć, iż szereg zboczeń oznaczonych mianem formy nawałowéj polega nie na nawale, lecz przeciwnie na braku lub niedostatecznym przypływie krwi. Wiadomo zresztą zkądinąd, że układ nerwowy może w podobny bardzo sposób oddziaływać tak na nadmiar jak i na brak krwi, jak tego np. dowodzi trudność odróżnienia nieraz niedokrewności od przekrwienia mózgu, istnienie bólu głowy połowiczego ze zwężeniem lub rozszérzeniem naczyń tętniczych itd.

Forma nawałowa kiły objawia się zboczeniami czynnościowemi bądź przelotnemi, bądź mniéj więcéj stałemi.

Do pierwszych liczymy:

Zawroty głowy i pewien rodzaj odurzenia. Pierwsze nie mają w sobie nic charakterystycznego prócz tego chyba,

że są nieraz bardzo uporczywe, przykre a nierzadko występują peryjodycznie np. w tychże samych porach dnia.

Odurzenie objawia się pewnym jakoby rodzajem lekkiego upojenia, które wpływa oczywiście na osłabienie czynności psychicznych a mianowicie zmniejsza pojętność i wrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Upośledzenie wzroku i słuchu. Chorzy uskarżają się albo że nie widzą dokładnie tylko jakby przez mgłę lub wodę albo że im coś oczy zasłania. Zboczenia słuchu są bez porównania rzedsze, jako podmiotowe słyszenie brzmień rozmaitych: szumu, brzęczenia, dzwonienia w uszach.

Ze strony psychicznéj pojawiają się chwilowe napady niezupełnéj przytomności, tak, że chorzy nie mogą sobie nieraz zdać sprawy z tego, co robią, a w rozmowie podobni są nieraz do roztrzepanych, którym trzeba toż samo kilka razy powtarzać, a którzy mimo tego nie mogą nieraz pojąć, o co chodzi.

W sferze ruchowéj przedewszystkiém uderza zmiana mowy: chorzy mówią powoli, z dźwiękiem głosu nieraz widocznie zmienionym, przekręcają wyrazy a co do ruchów całego ciała, okazują trudność utrzymania równowagi przypominając nieraz bardzo wyraźnie pijanych.

Zboczenia te w ogólności rozwijają się powoli, długo są nie postrzeżone nawet przez osoby najbliższe chorych i dopiero doszedłszy do pewnego stopnia skłaniają do szukania pomocy lekarskiéj tém więcéj, że chorzy nie zdają sobie samym dokładnie sprawy ze swego stanu a nawet wręcz nieraz oświadczają lekarzowi, że nic im nie brakuje.

Z postępem czasu i choroby zostawionéj saméj sobie zboczenia, które dotąd występowały w napadach, stają się ciągłemi. Chorzy doświadczają ciągle ciężkości głowy, utrudnienia w myśleniu i pojmowaniu, zawrotu głowy, osłabienia w ruchach a newet w koordynacyi tak, że robią wrażenie ciągle pijanych. Ze strony przewodu pokarmowego pokazuje się pewne zwolnienie ruchów robaczkowych, ze strony narządu moczopłciowego osłabienie pęcherza moczowego i erekcyi tak, że nieraz na długie miesiące przed pojawieniem się cięższych przypadów chorobowych nie mogą spółkować w sposób należyty.

Ten stan, który nie łatwo już uchodzi uwadze osób chorego otaczających, pogarsza się w wielu przypadkach nagle przez występy zboczeń psychicznych, napadów epileptycznych, porażeń lub afazyi. Zachowując sobie do późniejszego czasu omówienie dokładniejsze tych zboczeń zwracamy uwagę, iż te porażenia występują zazwyczaj nagle, nierzadko wśród przypadów apoplektycznych i są albo bardzo przelotne albo mijają po stósunkowo krótkim czasie albo wreszcie trwają cokolwiek dłużéj. Przelotne znikają nieraz po kilku lub kilkunastu minutach nie zostawiając najmniejszego śladu po sobie. Inne trwają dłużéj: dzień i dwa i albo mijają również bez śladu albo zostawiają po sobie pewien niedowład mniéj lub więcéj wyraźny.

Najczęściéj występują porażenia nerwu okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, językowego, tudzież porażenia połowicze ręki i nogi.

Apopleksyja występuje, jak słusznie zauważył Fournier, w dwojakiéj postaci: raz jako uderzenie z osłabieniem i utratą władzy w całém ciele bez utraty przytomności, co wkrótce przemija, albo jako zupełny napad apoplektyczny, tém tylko różniący się od apopleksyi z pęknienia naczynia lub zatoru tętnicy, iż objawy jego wkrótce przemijają. W wielu przypadkach uderzenie z osłabieniem poprzedza apopleksyią jako formę cięższą. Jedne i drugie odznaczają się skłonnością do recydyw. Tak np. obserwowałem chorego, u którego napad apoplektyczny bez utraty przytomności pojawiał się prawie codziennie i to rzecz dziwna, prawie zawsze o téj saméj godzinie. U innego chorego napady apoplektyczne występowały kilka razy na tydzień z utratą przytomności z początku całkowitą, późniéj częściową i porażeniem połowiczém.

Ważną jest rzeczą, że jakkolwiek napady apoplektyczne pojawiają się zazwyczaj dopiero w dalszym ciągu kiły mózgowéj, bywają od tego nierzadkie wcale wyjątki, w których napady te występują niespodziewanie prawie jako pierwszy objaw choroby, o któréj mowa, w których śpiączka (*coma*) jest najpierwszym zjawiskiem ostrzegającém o wielkiém niebezpieczeństwie. Co więcéj, można nawet uważać za prawidło, że każda śpiączka u ludzi młodych, u których nie można wykryć lub przypuszczać innéj choroby mózgowéj, polega najpodobniéj do prawdy na kile, co dla rokowania i leczenia oczywiście największéj jest wagi. Brak wszelkich nawet innych oznak kiły w takich razach uprawnia najzupełniéj do energicznego leczenia przeciwkiłowego tém więcéj, że znane są, lubo na szczęście rzadkie przypadki, w których śpiączka była jakoby pierwszym a zarazem i ostatnim objawem choroby, z któréj chorzy już nigdy nie przyszli do przytomności lub ją odzyskiwali tylko po części i chwilowo ginąc wśród powolnego ustawania czynności żywotnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Lichtheim i Andeer: O resorcynie.

W najnowszym czasie zwraca na siebie uwagę nowy lek przeciwgnilny i przeciwgorączkowy, t. zw. resorcyn otrzymywany z żywic zwłaszcza z *resina galbanum*, z składem chemicznym zbliżony bardzo do fenolu. Doświadczenia Andeera robione z resorcynem jako środkiem przeciwgnilnym wykazały, ze w 1% rozczynie resorcynu nie gniją istoty łatwo rozkładające się, jak trzustka, krew, mocz itp., że taki sam rozczyn wstrzymuje już rozpoczęte gnicie, że wreszcie u zwierząt, u których wywołano sztucznie sprawę gnilną, działa resorcyn miejscowo tak samo przeciwgnilnie jak kwas karbolowy, nie ulegając przytém wessaniu i nie wywołując szkodliwych przypadów ogólnych tak często kwasowi karbolowemu właściwych.

Prof. Lichtheim w Bernie zachęcony własnościami przeciwgnilnemi resorcynu używał go jako leku przeciwgorączkowego i doszedł na podstawie licznych doświadczeń do następujących rezultatów: resorcyn podany choremu silnie gorączkującemu w ilości 2—3 grm. naraz wywołuje już po kilku minutach zawrót głowy i szum w uszach, twarz się zaczerwienia, oczy nabierają połysku, oddech staje się szybszy ma tętno przyśpieszonem. Po 10—15 minutach zaczyna skóra wilgotnieć a po następnych 15 minutach chory kąpie się prawie w pocie; za pojawieniem się pierwszych potów ustępują objawy podrażnienia, natomiast opada szybko gorączka tak, że w ciągu godziny może ciepłota i tętno obniżyć się do prawidłowego stanu, przyczém chory przestaje się pocić a skóra jego jest wilgotną i chłodną: obfitsze poty zapowiadają zawsze znaczniejsze obniżenie ciepłoty,

wśród nagłego obniżania się ciepłoty nie dostrzeżono w żadnym przypadku zapadu. Mocz oddany niedługo po użyciu resorcynu przybiera na powietrzu barwę ciemną, brunatno czarną; resorcyn nie wywołuje nigdy białkomoczu ani też nie zwiększa już istniejącego.

Jakkolwiek ciepłota obniża się po podaniu resorcynu niekiedy o 3° a ilość tętna zmniejsza się o trzecią część, to skutek ten nie zawsze jest stałym i pod tym względem działanie resorcynu bardzo jest podobne do innych leków przeciwgorączkowych, a mianowicie im mniejszą ma skłonność gorączka do dobrowolnego zwolnienia, tém mniéj wydatnym jest skutek leku, gorączka przy zapaleniu płuc i róży jest uporczywszą jak przy durzycach brzusznych, również uporczywą jest w początkowych okresach ciężkich durzyc, chociaż i w tych przypadkach zauważyć można obniżenie ciepłoty o 1 stopień. Obniżenie to nie trwa jednak nigdy długo a w najlepszym razie choćby ciepłota opadła o 3 stopnie, zaczyna się ona po 2 godzinach wśród dreszczyków na nowo podnosić tak, że po 3 godzinach wraca zwykle do pierwotnéj wysokości. Ta okoliczność jak i wzmiankowane powyżéj przypady podrażnienia mózgowego bezpośrednio po podaniu leku występujące a czasem groźną przybierające postać, stanowią ujemną stronę resorcynu. Bardzo często a zawsze po wielkiéj dawce popada chory w pewien stan omamienia, majaczy, ma zwidywania, mowa staje się bełkotliwą i niewyraźną, czasem przyłącza się drżenie rąk i palców. Wszystkie usiłowania Lichtheima mające na celu usunięcie tych przypadów nieprzyjemnych okazały się bezskutecznemi.

Jako lek przeciwzimniczy posiadać ma resorcyn zarówno jak Chinin własności swoiste, chociaż spostrzeżenie to dotyczy dopiero dwóch przypadków zimnicy. W przypadku 1ym podano choremu z zimnicą codzienną i znacznym obrzękom śledziony w chwili rozpoczynającego się napadu 2 gm: resorcynu; ciepłota podniosła się wprawdzie jeszcze bardzo nieznacznie ale następnych napadów nie było więcéj. U innego chorego z dawną zimnicą czwartaczką podano po stwierdzeniu trzech napadów 3 grm. resorcynu w chwili rozpoczynającego się napadu czwartego; ziębnięcie i lekkie dreszczyki rozpoczynające napad ustąpiły zupełnie a gdy po godzinie gorączka zaczęła występować, podano jeszcze 2 grm. i stłumiono napad całkowicie. W napadzie następnym wystarczyło jednorazowe podanie 2 grm. resorcynu do powstrzymania napadu, poczém zimnica nie pojawiła się więcéj. W obu przypadkach nie zmniejszył się obrzęk śledziony.

Jeżeli dalsze doświadczenia potwierdzą spostrzeżenia Lichtheima natenczas z powodu taniości i przyjemnego smaku resorcyn może zastąpić chinin, zwłaszcza że podać go można choremu w samym początku napadu, i że dawkę pierwszą można w razie potrzeby wzmocnić następnemi. (*W. mediz. Bl.* Nr. 31). *Dr. Wasylewski.*

Wiadomości pomniejsze.

(W.) Zamiast powszechnie używanéj oliwy lub maści karbolowéj przyrządzonéj z sadła lub smalcu poleca Mielck aptekarz w Hamburgu (*Berlin. klin. Woch.* Nr. 30, 1880) na rany, wrzody i powierzchnie ziarninowe po ranach operacyjnych łój barani karbolizowany *sebum ovile carbol.* tj. maść przyrządzoną z łoju baraniego i kwasu karbolowego w stosunku 4%. Maść taka podobna do maści angielskich jest zbitszą, twardszą i posiada przed naszemi zwykłemi maściami te zalety, że przylega dokładnie do rany, nie rozpływa się prędko bo topi się dopiero w temp. 40°, że z raną jest w ciągłéj styczności działając na nią leczniczo, podczas gdy nasza maść topniejąc prędko rozlewa się w około i przesiąka opatrunek a rana zamiast maścią pokryta jest płatem płótna nie zawsze czystego lub watą, która ranę drażni i do niéj przysycha. Maść Listera borowa przyrządzona z parafiny, wosku i olejku migdałowego posiada wszystkie zalety dobréj maści, ale jako droga i zbyt skomplikowana da się doskonale zastąpic maścią złożoną z 1 części kwasu borowego na 5 części łoju baraniego.

ss) Przypuszczając, że przy używanym dziś sposobie opatrywania resztek pępowiny, dla tego często powstają objawy zakażenia, że sposób ten niezabezpiecza od przystępu powietrza atmosferycznego, proponuje Dr. Dohrn metodę następującą. Odjąwszy w zwykły sposób pępowinę i wykąpawszy noworodka, kładzie się go na stole i zmywa szczątki pępowiny i części sąsiednie pępka 2·5% rozczynem kwasu karbolowego. Następnie podwiązuje się pępowinę nicią nasiąkłą należycie kwasem karbolowym, resztę zaś pępowiny wraz z poprzednią ligaturą odcina się.

Poczém nakłada się warstwę waty karbolowéj oraz przytwierdza przylepcem wielkości dłoni. Oprawa ta pozostaje bez zmiany aż do 7go dnia. Po oddaleniu oprawy szczątki pępowiny zupełnie lub prawie zupełnie już są oddzielone.

W miarę potrzeby można szczątki nożyczkami oddalić. Dr. D. używał oprawy téj dotychczas u 28 noworodków, u wszystkich rana goiła się bardzo dobrze. Opatrunek ten zaleca się wielką swą prostotą oraz ma tę zaletę, że przez 6 dni niepotrzebuje być zmienianym.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 24go maja 1880 w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj.

Przewodniczący: Kol. Warschauer. Obecnych członków 20.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Na poprzek serca przebiega w wysokości 4go żebra bruzda, która odpowiada przegrodzie przedsionkowo komórkowéj. W części zewnętrznéj téjże bruzdy widać miejsce nieregularnie trójkątne wypuklające i zapadające się nie zupełnie równocześnie z ruchami części poniżéj bruzdy położonych, które tém samém odpowiada przedsionkowi lewemu. Po nad wewnętrzną częścią bruzdy pod uczepieniem chrząstki 3go żebra widzieć a jeszcze dokładniéj wyczuć można ciało tętniejące równocześnie z tętnem sprychowém, na którém w chwili rozkurczu sercowego czuć uderzenie zupełnie odpowiadające uderzeniu zastawkowemu; ciało to nie może być niczém inném jak tylko tętnicą płucną. Samego końca sercowego w ściślém słowa znaczeniu nie można widzieć; wymacać go można tylko wciskając palec w głąb.

Z opisu tego wynika, że warunki tak co do narządu oddechowego jakotéż co do narządu krążenia u badanéj nie są fizyjologiczne, lecz pod wieloma względami patologicznie zmienione. I tak klatka piersiowa lewa okazuje retrakcyją, górne i dolne granice płuca są również ściągnięte, płuco dotknięte niedodmą, opłucne są zrośnięte, przepona skutkiem przewagi powietrza zewnętrznego obniżona, a skutkiem tego samego wpływu płuco zamiast rozszerzać się zapada się podczas wdechu. Serce okazuje znaczną zmianę w położeniu, która zawisła przeważnie od następstw w płucu i opłucnych po sztucznéj odmie piersiowéj. Stosunki te należy więc mieć na uwadze przy tłumaczeniu zjawisk, odnoszących się do ruchów serca i nie zapominać, że się ma do czynienia z warunkami nie zupełnie fizyjologicznemi.

Przyglądając się ruchom serca w całości widzieć można, że serce porusza się na kształt fali, która rozpoczyna się w oko-

licy tętnicy płucnéj, przechodzi wzdłuż osi podłużnéj serca i zajmuje także koniec serca, i że kształt téj fali podczas skurczu jest wprost odwrotny do kształtu fali podczas rozkurczu. Przypatrując się bliżéj ruchom poszczególnych części i dotykając równocześnie różne części serca, przedewszystkiem można stwierdzić, że kurczenie się i wypełnianie tętnicy płucnéj i komórek serca są czynnościami naprzemiennemi, że zapadanie się przedsionka odbywa się naprzemian z wypuklaniem się komórki, daléj że podstawa serca obniża się podczas skurczu, a co najważniejsza, że koniec serca podczas skurczu tj. podczas największego zapadania się komórek opada ku dołowi i zwraca się na stronę lewą. Komórka wiotka podczas rozkurczu, napełnia się dopiero w chwili poprzedzającéj skurcz serca, przybiera największą objętość i twardnie wyraźnie; w téj to chwili podstawa serca stoi najwyżéj, a koniec serca podnosi się najwybitniéj ku górze.

Te ostatnie szczegóły nie zupełnie dadzą się pogodzić z przyjętym ogólnie podziałem ruchów serca na skurcz i rozkurcz, odpowiadają zaś najzupełniéj teoryi Springa, który obok skurczu i rozkurczu rozróżnia przedskurcz jako chwilę czynnego rozszerzenia się komórek. U Katarzyny Serafin stwierdzić można tak oglądaniem, jakotéż obmacywaniem, że istnieje chwila poprzedzająca skurcz, podczas któréj komórka dochodzi do największego wypuklenia i równocześnie jędrnieje a koniec serca podnosi się najbardziéj ku górze. Jest to właśnie chwila przedskurczu, chwila, w któréj kurczą się mięśnie podłużne serca powiększając rozmiary komórek, czyli krótko mówiąc czas czynnego rozszerzania się komórek czyli czynnego rozkurczu. W chwili działania mięśni podłużnych koniec serca podnosić się musi ku górze, to téż w przypadku naszym można widzieć i czuć dokładnie, że w chwili, kiedy objętość komórki jest największą, część odpowiadająca końcowi serca ustawiona jest najwyżéj. Na tę chwilę przypada także największe zapadanie się przedsionka. W czasie właściwego skurczu, tj. w czasie największego zapadania się i twardnienia komórek, które jest równoczesném z rozszerzaniem się tętnicy płucnéj, wraz z opadaniem podstawy serca, opada część odpowiadająca końcowi serca, w téj bowiem chwili kurczą się mięśnie okrężne, czyli mięśnie działające w kierunku prostopadłym do głównéj osi serca. Kurczenie się tych mięśni ścieśnia przestwory komórek, wypycha z nich krew do tętnic, a zarazem obniżyć musi koniec serca.

Osłuchując serce można się przekonać, że ton pierwszy nad komórkami rozpoczyna się już w chwili przedskurczu serca.

O ile więc przypadek ten nadaje się w ogóle do studyjowania ruchów serca i wyprowadzania ogólnych wniosków o ruchach serca, o tyle potwierdza on teoryją Springa o istnieniu przedskurczu jako czynnego rozkurczania się serca.

Spring przedstawił teoryją swoją w roku 1860 akademii królewskiéj belgijskiéj (zobacz *Henle und Meissner Jahresber. u. d. Fortsch. der Anat. u. Physiol.* 1861 str. 409). Rozwinął ją i nowemi doświadczeniami na zwierzętach stwierdził prof. Piotrowski (Rocznik Tow. nauk krak. t. 12, r. 1867 str. 112). Teoryja ta nie znalazła jednakże pomiędzy fizyjologami należytego uznania, a pomiędzy klinicystami tylko Serkowski (Przegląd lek. 1867, str. 195 i nast.) i Widmann (choroby serca i tętnic; wydanie stow. do wyd. dzieł lekarskich polskich. Kraków 1879) takową jawnie wyznają. W ostatnich dopiero czasach fizyjologowie włoscy jak Luciani, Stephani i inni, zaczęli przypisywać sercu siłę wsysającą podczas rozkurczu, przy czém wykazali, że siła aspiracyjna serca zwiększa się przy drażnieniu nerwu błędnego i że w ruchach serca odróżnić należy trzy fazy, z których jedna przypada właśnie na czynny rozkurcz serca. Teoryja Spring-Piotrowskiego zyskała jednakże największe poparcie w najnowszych ścisłych doświadczeniach Goltza i Gaulego (*Pflügers Archiv für Physiologie* t. 17, 1878, str. 100), którzy wykazali, że siła aspiracyjna serca jest bardzo znaczną i o wiele znaczniejszą, aniżeli się tego naprzód można było domyślać, gdyż dla lewéj komórki u psa wynosić może 23·5 mm. rtęci, co równa się 320 mm. wody.

Wykładający przyjmując w zupełności powyższą teoryję tłumaczy nią w krótkości kilka faktów fizyjologicznych i patologicznych dotąd niejasnych namieniając, że konsekwentne przeprowadzenie téj teoryi przez całą fizyjologię i patologię krążenia stanowić będzie przedmiot osobnéj rozprawy, i tak:

1) Mechanizm ruchów zastawek kończystych uledz musi z koniecznością innemu pojmowaniu, skoro mięśnie brodawkowe należąc fizyjologicznie do mięśni podłużnych serca kurczą się podczas przedskurczu, a wolnieją podczas skurczu. Jeżeli ton skurczowy nad komórkami pochodzi od napinania się zastawek kończystych, a takowe napinają się w chwili przedskurczu, to ton skurczowy powinien być dłuższy, jak téż jest w rzeczywistości, i powinien się rozpoczynać już w chwili przedskurczu, jak to właśnie udowodnić można u Katarzyny Serafin.

2) Uderzenie końca serca w znaczeniu fizyjologiczném nastawać musi podczas właściwego skurczu serca, jak też dotąd powszechnie utrzymywano i to zapewne skutkiem kilku przyczyn, a mianowicie przybliżenia się serca w całości do klatki piersiowéj przez zamienienie się podstawy serca z elipsy na koło (Ludwig), erekcyi końca serca i nachylania się bocznego takowego (Harwey), i odkręcania się serca około naczyń (Kornitzer), do czego jeszcze przyczyniać się mogą cofanie się wsteczne serca i obniżanie się przez wydłużenie się naczyń.

3) W znaczeniu kliniczném tak zwane uderzenie końcowe zdaniem prelegenta tylko wyjątkowo pochodzi od końca serca, gdyż de regula koniec serca jest zakryty płucem, o wiele częściéj pochodzi od komórki; a jeżeli więc przedskurcz jest silny, może także wywołać uderzenie w okolicy serca.

4) Teoryją przedskurczową wytłumaczyć się dadzą pewne odmiany uderzenia serca tak często napotykane, jak uderzenie faliste w jednym przestworze międzyżebrowym, lub uderzenie faliste przebiegające wzdłuż osi serca.

5) Teoryja przedskurczowa tłumaczy wzniesienia na ramieniu wstępującém kardiogramu, jak to demonstruje prelegent na licznych kardiogramach zdjętych z K. Serafin za pomocą bębenka Mareyowskiego połączonego ze sfigmografem Sommerbrodta. Wzniesienia te wywodził Landois (*Graphische Unters. ü. d. Herzschlag. Berlin 1876*) od kurczenia się uszka sercowego i od undulacyi żył wielkich, czemu przeczą Maurer i Grützner, podczas gdy Penzoldt stosunki wpływające na kształt kardiogramu u K. Serafin nazywa wprawdzie bardzo skombinowanemi, jednakże twierdzi ogólnikowo, „że skurcz serca nastaje dopiero wtedy, gdy linija wstępująca kardiogramu już poszła w górę.“

Z faktów patologicznych tłumaczy prelegent teoryją przedskurczową pokrótce dla przykładu tylko następujące:

1) Szmer przedskurczowy, niekiedy bardzo silny, przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, który daleko lepiéj wytłumaczyć można czynném rozszerzaniem się komórki, aniżeli biernym napływem krwi przez zwężone ujście w czasie rozkurczu.

2) Przedskurczowe zapadanie się żył szyjnych przy zrośnie serca z osierdziem.

3) Odśrodkowy przerost komórek, który nastaje ilekroć komórka rozwijać musi większą siłę ssącą, aniżeli w stanie prawidłowym wykonywa. Rozszerzenie się serca, które nawykliśmy nazywać stanem biernym, wywodząc od znużenia lub zwyrodnienia mięśnia sercowego, może w niektórych przypadkach być wynikiem stanu czynnego przez powiększenie pracy włókien podłużnych przy osłabieniu włókien okrężnych.

4) Siłą ssącą serca w chwili przedskurczu można dopiero dokładnie wytłumaczyć sobie mechanizm kompensowania tych wad sercowych, gdzie zarówno zależy na utrzymaniu siły popędowéj serca (zależnéj od jędrności włókien okrężnych) jakotéż siły ssącéj (zależnéj od jędrności włókien podłużnych).

5) Różnica w zachowaniu się przerostu serca w chorobie Brighta przewlekłéj i w zapaleniu międzymiąższowém da się pojąć za pomocą teoryi czynnego rozszerzania się serca jeżeli się uwzględni, że w chorobie Brighta ilość krwi w skutek nienależytego wydzielania się moczu jest zwiększoną, zaś w zapaleniu śródmiąższowém przy dostatecznéj a częstokroć zwiększonéj ilości moczu prawidłową.

6) Różnica w działaniu zbawienném naparstnicy w chorobach sercowych w tém znaczeniu, że naparstnica działa lepiéj w wadach ujścia żylnego lewego wśród dylatacyi komórki prawéj, aniżeli w wadach ujścia tętniczego lewego wśród przerostu komórki lewéj, tłumaczy się działaniem takowéj na nerw błędny, który zaopatruje właśnie włókna przedskurczowe itd. itd.

W końcu namienia prelegent, że studyjowanie ruchów serca u K. Serafin byłoby o wiele łatwiejsze i mogłoby doprowadzić do wniosków pewniejszych, gdyby posiadał przyrząd gra-

ficzny, za pomocą którego możnaby nakreślać równocześnie ruchy poszczególnych części serca. Ostrożność ta jest tém bardziéj wskazana, ponieważ spostrzeganie ruchów odsłoniętego serca nawet wśród znacznego zwolnienia takowych jest trudném i łatwo mogą powstać niezgodności zdań, tak jak to np. miało miejsce w sławnéj dyskusyi jaka w r. 1874 toczyła się pod względem ruchów serca w akademii lekarskiéj paryskiéj, a w któréj brali udział tacy mężowie jak Colin, Buillaud, Marey, Fauvel i Gavaret.

W dyskusyi zabierali głos kol. Smoleński, który wywody prelegenta popierał doświadczeniami wykonanemi w zakładzie fizyjologicznym krak. na zwierzętach; kol. prof. Piotrowski, który utrzymywał, że całe ramię wstępujące na kardiogramie odpowiada przedskurczowi, i kol. Pisek, który twierdził, że serce u K. Serafin nie jest zanadto ku lewéj stronie odkręcone, lecz przeciwnie około swéj osi długiéj ku stronie prawéj skręcone, Zarzut ten odparł kol. Smoleński ze stanowiska fizyjologicznego, a kol. prof. Korczyński ze stanowiska klinicznego, starając się zarazem udowodnić, że tylko pewna część ramienia wstępującego kardiogramu odpowiada przedskurczowi a reszta skurczowi komórki.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski*
Sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 29 ospa w Londynie nieznacznie się zmieniła. Umarło tylko 3, leczyło się 209, świeżo zapadło 30. Także w innych miastach nie zaszła znaczna zmiana w nasileniu ospy. W Paryżu umarło 37, w Wiedniu 2, w Aleksandryi 4, w Budapeszcie 3. W Pradze umarło 15, w Maladze 6, w Petersburgu 4, w Chrystyjanii i Murcyi po 3, w Bukareszcie 2. W Petersburgu umarło z duru brzusznego 50, z duru osutkowego 40, z duru powrotnego 17. Nieżyty jelitowe i czerwonka częściéj się pojawia we wszystkich miastach. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janiero od 1—15 czerwca 36. W tygodniu 30 umarło w Krakowie: 6 z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy (ze szpitala św. Ludwika), 2 płonicy (ze szpita św. Łazarza i Ludwika), 2 błonicy (z Wolnicy i zkąd?), 1 duru brzusznego (z aresztów miejskich), 1 duru osutkowego (z ul. św. Krzyża pod l. 418), 3 czerwonki (z ul. Garbarskiéj l. 78, z Placu św. Ducha l. 406 i z ul. szpitalnéj pod l. 380).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29, umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 31,8; we Lwowie 36,2; w Warszawie 26,8; w Wiedniu 26,8; w Budapeszcie 34,2; w Pradze 43,1; w Genewie 25,8; w Brukseli 19,6; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 18,5; w Paryżu 22,6; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 23,4; w Stokholmie 28,7; w Chrystyjanii 26,7; w Petersburgu 52,4; w Rzymie 24,2; w Wenecyi 25,1; w Bukareszcie 25,2; w Barcelonie 25,7; w Aleksandryi 46,8; w Nowym Jorku 33,1; w Bombayu 27,8; w Madrasie 37,1. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 sierpnia. Pomiędzy uchwałami, które powzięła c. k. Krajowa Rada zdrowia na swem ostatniem posiedzeniu, niezmiernéj wagi jest podjęta, lecz jeszcze nie rozstrzygnięta sprawa wydawania lekarstw z aptek na recepty poprzednio już ekspedyjowane; uregulowanie tego stosunku jest nader potrzebném szczególnie w naszem społeczeństwie, które z weneracyją godną lepszych tradycyi przekazuje z pokolenia w pokolenie i poleca recepty na pewne dolegliwości bez uwzględnienia nie tylko wieku, płci, lecz i bez należytego rozpoznania choroby saméj. Rada zdrowia uczyniła trafny wniosek, ażeby Namiestnictwo udzieliło tę ważną sprawę obu Towarzystwom lekarskim w kraju istniejącym do zaopinijowania; łatwo przewidzieć w jakim duchu oświadczą się nasze Towarzystwa lekarskie, życzyć tylko wypada, ażeby pp. aptekarze, kiedy już prawo w téj mierze będzie obowiązywać, zechcieli do niego zastósować się z całą ścisłością.

* Koledzy Markiewicz i Liebkind założyli w Warszawie wzorową mleczarnie dla użytku publicznego. Obecnie zakład mieści 20 krów sprowadzonych z Morawii, a pomieścić będzie mógł w razie potrzeby drugie tyle; zadaniem przedsiębiorców jest dostarczenie publiczności ze wszech miar doskonałego mleka; znając jak wielkiéj doniosłości jest ta pożywka w życiu codziennem, zwłaszcza dla dzieci, życzyć wypada założycielom mleczarni wszelkiego powodzenia, i naśladowania ich przykładu po innych miastach naszego kraju.

* Dr. Parzyński przeznaczył testamentem 30,000 rs. na cele dobroczynne, z szczególném uwzględnieniem uczącéj się młodzieży; ubogim uczniom poświęcającym się nauce lekarskiéj w Uniwersytecie warszawskim przeznaczył 6000 rs.

* **Lwów** 10 sierpnia. Przez czas urlopu Dra Szeparowicza prymaryjusza i operatora szpitala powszechnego we Lwowie, zastępuje go jako operator Dr. J. Gostyński.

+ **Karlsbad** 7 sierpnia. Do dziś dnia było osób 21,353, o 1739 więcéj niż do tegoż dnia r. z. W przeciągu szustego tygodnia przeważyły dnie pogodne i piękne z średnią temperaturą 15° R. 1go sierpnia deszcz całodzienny, i 4go przy pogodzie pochmurnéj wiatr nieco zimniejszy obniżyły tempera turę do 12° R.

* W Krynicy od dnia otwarcia sezonu po 10 sierpnia bawiło gości kąpielowych 2338.

* W Cieplicach czeskich do d. 5 sierpnia bawiło gości kąpielowych 8522.

* **Nekrologija.** D. 6 bm. umarł w Wiedniu w 64 roku życia Dr. Ferdynand Hebra profesor uniwersytetu wiedeńskiego, radca dworu, kawaler wielu orderów austryjackich i zagranicznych, członek wiedeńskiéj Akademii umiejętności oraz wielu Towarzystw lekarskich w kraju i za granicą itd. — W Würzburgu umarł Dr. Karol Textor profesor chirurgii w 68 roku życia. — W Moncchijum umarł Dr. Ludwik Buhl profesor anatomii patologicznéj itd.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 32: Wolffringa: O wpływie rozdrobnionéj rtęci na tkanki oka stósowanéj; Heimana: Sprawozdanie z czynności chirurg. szpitalnéj za r. 1879.

△ Piśmiennictwo lekarskie. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wydawany nakładem tegoż Tarzystwa pod redakcyją E Klinka. Zeszyt III, za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

1. BIESIADECKI A. Sprawozdanie o dżumie, która panowała w gub. astrachańskiéj w zimie r. 1878 i 79.
2. NEUGEBAUER L. Pośrodkowe zeszycie pochwy jako nowy sposób leczenia wypadnięcia macicy.
3. ERLICKI A. Zmiany w rdzeniu kręgowym amputowanych psów.
4. CHROSTOWSKI B. O działaniu wodnika bromalowego na krążenie krwi.
5. ELSENBERG A. Unaczynienie ciał rakowych.
6. NUSSBAUM H. Przyczynek do kwestyi o antagonizmie trucizn i o fizyjologicznem działaniu niektórych trucizn na śliniankę podżuchwową.
7. TYRCHOWSKI W. Opis przypadku cięcia cesarskiego spostrzeganego w klinice położniczéj
8. MARKIEWICZ St. Uwagi nad sprawozdaniem statystycznem ruchu ludności m. Warszawy za rok 1879 i nad statystyką Warszawską w ogólności.
9. MIKUCKI. O przecięciu nerwów traumatycznie uszkodzonéj gałki ocznéj.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign Stelcla.